

Tartu Ülikool  
Psühholoogia Instituut

Anelle Tamm

**POSTTRAUMAATILISE STRESSIHÄIRE NING  
KOMPLEKS-POSTTRAUMAATILISE STRESSIHÄIRE DIAGNOOSIMINE JA  
RAVI KOOSKÕLA RAVIJUHENDITES ANTUD SOOVITUSTEGA EESTI  
KLIINILISTE PSÜHHOLOOGIDE JA PSÜHHIAATRITE NÄITEL**

Uurimistöö

Juhendaja: Kaia Kastepõld-Tõrs

Läbiv pealkiri: PTSH ja K-PTSH diagnoosimine ning ravi

Tartu 2019

**Posttraumaatilise stressihäire ning kompleks-posttraumaatilise stressihäire  
diagnoosimine ja ravi kooskõla ravijuhendites antud soovitustega Eesti kliiniliste  
psühholoogide ja psühhiaatrite näitel**

Lühikokkuvõte

Käesolevas töös uuriti, kuidas diagnoositakse ja ravitakse Eestis posttraumaatilist stressihäiret (PTSH) ning kompleks-posttraumaatilist stressihäiret (K-PTSH) kliiniliste psühholoogide ja psühhiaatrite seas. Andmete kogumiseks koostas autor koostöös juhendajaga küsimustiku, mis uuris kahe juhtumi kirjelduse põhjal spetsialistide hinnanguid diagnoosi, eelistatava raviplaani ning teraapia kestvuse osas. Lisaks küsiti hinnanguid ravi katkemise määra ja põhjuste kohta. Küsimustikule vastas kokku 36 spetsialisti. Selgus, et nii PTSH-d kui K-PTSH-d diagnoositi etteantud juhtumite põhjal valdavalt õigesti. Küll aga tekib raviplaani koostamisel vastuolud juhenditega: PTSH puhul määraks esimese variandina soovitusliku sekkumise 26,5% ning K-PTSH puhul 50% spetsialistidest. See annab alust arvata, et Eestis on puudus ühesest ning kõikehõlmavast ravijuhendist mõlema häire puhul.

*Märksõnad:* posttraumaatiline stressihäire, kompleks-posttraumaatiline stressihäire, diagnoosimine, ravijuhend, sekkumine, teraapia

**Following the guidelines of treatment of post-traumatic stress disorder and complex post-traumatic stress disorder among Estonian psychiatrists and clinical psychologists**

Abstract

The purpose of this study was to examine how PTSD and complex-PTSD are diagnosed and treated among Estonian clinical psychologists and psychiatrists. A questionnaire was composed in which were two case descriptions, following assessments about diagnosis, preferred treatment plans and estimated duration of therapy. Estimated dropout rate and reasons for were also asked. A total of 36 experts were involved. In summary, PTSD and CPTSD are mostly correctly diagnosed among Estonian practitioners. However, there are rather large conflicts between the preferred treatment plans and recommendations in treatment manuals. Half of the respondents would start with the recommended treatment plans in case of CPTSD, whereas in case of PTSD, only 26,5% would. This gives reason to believe that single-valued and comprehensive treatment manuals are needed for these disorders in Estonia.

*Keywords:* post-traumatic stress disorder, complex post-traumatic stress disorder, diagnosis, treatment plan, intervention, therapy

## SISSEJUHATUS

Posttraumaatilist stressihäiret (PTSH) tutvustati esmakordselt psüühilise häirena DSM kolmandas väljalaskes (APA, 1980). Kompleks-posttraumaatilist stressihäiret (K-PTSH) eraldiseisva diagnoosina kasutati esimest korda 1992. aastal Judith Hermani poolt. USA elanike seas kannatab 7 kuni 8 inimest 100st elu jooksul PTSH käes (Kessler et al, 1995). 2018. aastal läbi viidud uuringus (Karatzias et al) uuriti PTSH ja K-PTSH levimust elu jooksul Suurbritannias, USAs, Saksamaal ja Leedus ning leiti, et määr PTSH puhul oli 4% ning K-PTSH puhul 3,3%. Samas uuringus näitasid esialgsed tõendid, et K-PTSH on isegi levinum häire kui PTSH. Eestis konsulteeriti 2017. aastal raske stressreaktsiooni ja kohanemishäirega 15aastaste ja vanemate seas 5714 isikut (TAI, 2017). See näitab, et antud häired on Eestis küllaltki levinud ning nende korrektse diagnoosimise ning ravi uurimine on vajalik.

### ***PTSH***

DSM-5 (APA, 2013) kohaselt saab PTSH-t diagnoosida juhul, kui inimene kogeb otseselt või kaudselt (st näeb pealt) suurt vaimselt või füüsiliselt traumaatilist sündmust. Samuti võib häire tekkida inimesel, kelle lähedane elab üle trauma. Traumaatiline kogemus ise seisneb surma või surmaohu, tõsise vigastuse, õnnetuse või seksuaalrännaku kogemisel või kõrvalt nägemisel. Hetke seisuga on PTSH diagnoos DSM-5-s ja RHK-10-s erinev, mistõttu oleks oluline uurida, kummale Eestis häiret hinnates enam toetutakse ning kas see võib mõjutada ka korrektset diagnoosimist ning ravi määramist.

PTSH diagnoosimiseks on vaja täita kaheksa kriteeriumit. Häire koosneb neljast sümptomite klastrist, mis peavad olema esindatud vähemalt kuu aega peale traumaatilise sündmuse kogemist. Klastriteks on sündmuse taaskogemine, vältimiskäitumine, meeleolu- ning mõtlemise muutused ning erutuvuse ja reageerivuse muutused. (APA, 2013) Järgnevalt tutvustatakse antud klastreid lähemalt, toetudes DSM-5 manuaalile. Taaskogemise klasteri sümptomite hulka kuuluvad spontaansed mälopildid juhtunust, mälusähvatused (*flashbackid*), häiritud uni ning traumaatilise sündmuse unes nägemine. Vältimiskäitumise sümptomiteks on kohtade, inimeste, tegevuste jms vältimine, mida kannatanu seostab traumaga. Meeleolu- ja

mõtlemise muutus väljendub suutmatuses mäletada teatud olulisi aspekte juhtunust (mitte tingituna peavigastusest või meelemürkide tarvitamisest); negatiivses meelestatustes enda ja ümbritsevate inimeste suhtes; pidevas süütundes, hirmus, vihas, häbis; huvi kadumises tegevuste ees; teistest eraldumises ning püsivas võimetuses väljendada positiivseid emotsioone. Erutuvuse ja reageerivuse muutus hõlmab ärrituvust või agressiivset, enesehävituslikku käitumist; ülierutuvust; tugevat ehmumisreaktsiooni; keskendumishäireid; probleeme magama jäämise või unekvaliteediga.

RHK-10 kohaselt on klastreid kolm - lisatud ei ole negatiivse meeleolu klastrit. Esimese klastrina on manuaalis nimetatud trauma korduva läbielamise episoodid pealetükkivates kujutlustes ja unenägudes. Teine klaster kirjeldab eraldumist teistest inimestest: muututakse anhedooniliseks ning välditakse traumat meenutavaid objekte ja tegevusi. Kolmas klaster on ülierutuvus tugeva ehmumisreaktsiooni ning uneprobleemidega. Tihti esineb komorbiidne ärevus ja depressioon ning suitsiidimõtted koos meelemürkide kuritarvitamisega. Häire avaldub enamasti mõni nädal kuni mõni kuu peale trauma kogemist. Maksimaalne latentsiperiood peaks olema kuus kuud. Peamine kriteerium diagnoosimiseks RHK-10 kohaselt on traumaga seotud mälestuste korduv esiletükkimine nii kujutlustes kui ka unenägudes. Teiseks, vähemtähtsaks klasteriks on emotsionaalne düsregulatsioon ning vältimiskäitumine. Kolmas klaster, mis ei ole samuti diagnoosimiseks esmatähtis, koosneb vegetatiivsetest, meeleolu- ning käitumishäiretest.

### ***K-PTSH***

Põhiline eristus PTSH ja K-PTSH vahel on see, et viimase puhul on üldjuhul tegemist pikaajalise, korduva ning väljapääsmatu trauma kogemisega, näiteks vägivaldne lapsepõlv, pikka aega kestev pantvangiks olemine, orjandus jms (WHO, 2018). DSM-5s K-PTSH-d eraldi diagnoosina veel ei ole, küll aga on ta leitav RHK-11-s, mille kohaselt on sellel kõik PTSH sümptomid, millele lisanduvad rasked ja pidevad probleemid afekti regulatsioonis, püsivad väiksuse, väärtusetuse tunded koos häbi ja süütundega. Lisaks on K-PTSH käes kannatavatel inimestel raskused suhete hoidmisel ja läheduse saamisel teise inimestega (NICE, 2018). K-PTSH levik on hinnatud olema umbes 0,6% tavakodanike hulgas ning kuni 13% sõjaveteranide hulgas (Wolf et al, 2015). Karatzias et al (2016) leidsid, et

traumakliinikusse abi saamiseks pöördunud inimeste seas oli 75,6% K-PTSH-t kirjeldav sümptomaatika.

### ***Hindamine***

APA (2013) poolt kirjeldatud sobilike PTSH hindamisvahendite sekka kuulub: kliiniline intervjuu, sündmuste mõju skaala (*Impact of Event Scale*), CAPS-5, PTSH sümptomite skaala intervjuu (PSS-I ja PSS-I-5), Davidsoni trauma skaala (*Davidson Trauma Scale* ehk DTS), DSM-5 PTSH kontrollnimekiri (*PTSD Checklist for DSM-5* ehk PCL-5). Hetkel ei ole teadaolevalt saadaval ühtki hindamisvahendit spetsiifiliselt K-PTSH jaoks. Üldiselt kasutatakse samu mõõtmisvahendeid nagu PTSH puhul.

### ***Sekkumised***

#### **PTSH**

Antud uurimuses on sekkumiste kirjeldamiseks toetatud APA (2017), World Health Organization ehk WHO (2013), UK Psychological Trauma Society ehk UKPTS (2017), International Society for Traumatic Stress Studies ehk ISTSS (2012) ning The National Institute for Health and Care Excellence ehk NICE (2018) ravijuhisteid. Lisaks on olemas näiteks The Royal College of Psychiatrists & The British Psychological Society (2005), Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (2013) ning Clinical Research Unit for Anxiety Disorders (2010) ravijuhendid, mis on samuti PTSH ja K-PTSH raviks väga hästi sobilikud, ent mida antud töös ei kasutatud.

Enamik PTSH ravis kasutatavad teraapiad hõlmavad mingis vormis kognitiiv-käitumuslikke sekkumisvõtteid. NICE (2018) ja APA (2017) ravijuhendis toodi enimsoovitatud teraapiavormidena välja kognitiiv-käitumuslik teraapia, kognitiivne teraapia, kognitiivse töötluse teraapia (*cognitive processing therapy*) ning pikendatud eksponeerimisteraapia (*prolonged exposure therapy*). Need vähendavad edukaimalt PTSH sümptomeid, mida peetakse kõige kriitilisemaks tulemiks ravi puhul. Samuti oli nende teraapiate puhul enim täheldatud püsivat remissiooni ja diagnoosi kadumist ning komorbiidse depressiooni või ärevushäire vähenemist. Võttes arvesse võimalikke kahjusid või koormaid, mis teraapias käimisega kaasnevad, oli nende nelja teraapiavormi puhul NICE (2018) ravijuhendi koostajate poolt hinnatud ohtusid kõige vähem ning kaalutletud positiivsed tagajärjed

kaalusid suuresti võimalikud ohud ja kahjud üle. Komorbiidsete häirete puhul tuleb NICE (2018) ravijuhendi järgi esmalt tegeleda PTSH ehk peamise häirega ning seejärel vajadusel teistega, kuna eduka PTSH ravi puhul tõenäolised paranevad ka sekundaarsed häired. Küll aga soovitatakse juhendis suitsiidiriski puhul tegeleda kõigepealt stabiliseerimisega, samuti kui patsiendil on alkoholi või narkootikumide kuritarvitamisega probleeme. Kaasuvate isiksushäirete puhul peaks teraapia kestvust pikendama. Narratiivne kokkupuuteteraapia (*narrative exposure therapy*) on välja toodud NICE (2018) ravijuhises kui samuti soovitatav teraapiavorm PTSH raviks.

PTSH puhul peaks kognitiivne teraapia kestma 8-12 seanssi või vajadusel kauem, näiteks juhul, kui klient on üle elanud mitu järjestikust traumat (NICE, 2018). Kognitiiv-käitumusliku teraapia puhul soovitatakse 12-16 seansilist sekkumist, kognitiivse töötluse teraapia puhul vähemalt 12 seanssi ning pikendatud eksponeerimisteraapia puhul umbes kolmekuist iganädalast kohtumist, mis teeb seansside arvuks keskmiselt 12 (APA, 2017). Sama juhendi kohaselt peaksid nende nelja põhilise soovitatud sekkumise puhul seansid toimuma iganädalaselt. Hiljutised uuringud on näidanud, et pooltel teraapias osalevatel klientidel kulub 15-20 seanssi täielikuks taastumiseks. Soovitatakse alati lähtuda patsiendi soovist ja vajadusest ning vastavalt kas suurendada või vähendada seansside arvu ning tihedust.

Psühhofarmakoloogilise poole pealt hinnati enimtoimivateks paroksetiini ning fluoksetiini, mis toimivad kui antidepressandid ning osutusid kõige tõhusamaks sümptomite vähendamisel ning meeleolu parandamisel (APA, 2017). NICE (2018) ei soovita ravimeid, kaasa arvatud bensodiasepiine, PTSH ennetamiseks. Küll aga soovitatakse vajadusel pakkuda venlafaksiini või selektiivset serotoniini tagasihaarde inhibiitorit (näiteks sertraliin), kui klient eelistab või vajab farmakonipõhist ravi. Samuti võivad toimida antipsühhootikumid (näiteks risperidoon) koostöös teraapiaga, aga seda ainult juhul, kui kliendil on psühhootilised või ülierutuvuse sümptomid ning siis, kui häire ei ole muule ravile, sh teraapiale allunud. (NICE, 2018)

Eksponeerimisravi on üldiselt hinnatud üsna toimivaks, aga seda kasutatakse pigem vähe (Becker, Zayfert, Anderson, 2004). Samas uuringus selgus, et valdav enamus litsenseeritud psühholoogidest ei kasuta eksponeerimist PTSH ravis. Kuigi peaaegu pooled uurituist olid kursis selle teraapiavormiga, on siiski palju skepsist selle toimivuse suhtes. Kõigil uuringus

osalenud psühholoogidel oli vähemalt mingisugunegi kogemus PTSH ravis, aga vaid umbes veerandil põhivalimis olnutel oli eksponeerimisravi-alased koolitused läbitud. Seetõttu kasutasid vaid väga vähesed neist seda enda töös. Põhiliselt ei kasutatudki seda teraapiavormi seetõttu, et puudusid vajalikud oskused. Samas ka paljud neist, kellel oli nii vajalikud oskused kui kogemus traumatöös, ei kasutanud enda töös eksponeerimist. Selle põhjenduseks toodi eelistus individuaalsele lähenemisele võrreldes käsiraamatupõhise raviga ning mure, kas kliendid taluvad stressorile eksponeerimist.

WHO (2013) stressiga seotud häirete ravijuhise järgi on ühe kõrgema raviväärtusega sekkumine EMDR. Samuti on seal sama kõrge väärtusega nimetatud individuaalne kognitiiv-käitumisteraapia. Grupipõhine kognitiiv-käitumisteraapia on samuti soovitude seas, kuid väiksema tõenduspõhisusega. Võimalike kahjude hulgas on välja toodud, et individuaalne KKT võib olla seotud suurema ravi katkestamise määraga. Grupipõhise KKT ning EMDR puhul sellist seost ei ole leitud. Lisaks soovitatakse stressiga toimetuleku oskuste treeningut, kuigi selle statistilised näitajad toimivuse osas on pigem madalad, sest selle kohta pole piisavalt informatsiooni. Farmakone nagu SSRI-d ning tritsüklilised antidepressandid ei ole WHO (2013) ravijuhises soovitatud esimese variandina PTSH ravis. Neid soovitatakse kaaluda vaid juhul, kui a) ükski eelmainitud teraapiavorm ei anna tulemusi või ei ole saadaval või b) kui häirega kaasneb mõõdukas kuni tugev depressioon.

### KPTSH

Üldiselt on käesolevaks hetkeks ravijuhendites spetsiifilisi soovitusi K-PTSH raviks veel vähe. Olemasolevad soovitavad põhimõtteliselt samu teraapiameetodeid nagu PTSH puhul. Küll aga soovitatakse neid rakendada faasipõhise teraapia mudeli kontekstis (Herman, 1992). UKPTS (2017) ravijuhisele toetudes kirjeldatakse faasipõhist sekkumist lähemalt. Faase on kokku kolm, need võivad omavahel kattuda ning esineda tsüklites, juhul kui patsiendil on vaja naaseda mõne eelmise faasi juurde. Esimeseks faasiks on stabilisatsioon, mille käigus saavutatakse turvatunne, sümptomite vähenemine, emotsioonide regulatsiooni paranemine ning stressorite adresseerimine. Teine faas hõlmab trauma ning sellega seonduvate mälestuste läbitöötamist. Seda faasi hinnatakse ka kõige ohtlikumaks, kuna traumaatilise sündmuse meenutamine võib kaasa tunda ajutise enesetunde halvenemise, mistõttu paljud spetsialistid



ka seda läbi viia ei julge. Kolmandas faasis tegeletakse sotsiaalsete ning kultuursete sidemete taastamisega ning isikliku heaolu hindamisega.

ISTSS (2012) ravijuhendis on märgitud stabilisatsioonifaasi eesmärgid ja ülesanded. Põhiliseks eesmärgiks antud ravijuhendi kohaselt on kliendi turvatunde tekitamine. Selles faasis on terapeudil oluline ülesanne psühhoharimises, et klient saaks aru ja mõistaks enda häire olemust ning sellega kaasnevaid sümptomeid. Koostöös kliendiga saavutatakse normaalne igapäevaelus funktsioneerimine, emotsionaalne stabiilsus ning enesekindluse kasvamine. Samuti aidatakse kliendil õppida võtteid, et enda mõtetega toime tulla ning traumat adekvaatselt analüüsida, et teraapia järgmisteks faasideks valmis olla. Esimeses faasis peaks sekkumised olema tõenduspõhised ning kooskõlas kliendi vajaduste ja soovidega. Meditatsioon ja kohalolekupraktika (*mindfulness*) on tugevad sekundaarsed sekkumised, mis tähendab, et nad on kasulikud, aga mitte iseenesest piisavad antud häire puhul. Esimese faasi lõpuks peaks olema saavutatud sümptomite vähenemine.

DeJongh et al. (2016) leidsid, et stabilisatsioonifaas afekti regulatsiooniks on vastunäidustatud ning patsiendid K-PTSH-ga võivad saada vaimselt kurnatud, kui nende tõenduspõhist traumakeskset teraapiat edasi lükata stabiliseerumise eesmärgil. Küll aga polnud nende uuringusse kaasatud neid patsiente, kellel oli hiljuti haigusloos enesevigastamine või suitsidaalne käitumine, mistõttu ei saa olla kindel, et ka nende puhul stabilisatsioon põhjendatud pole. Cloitre et al (2014) leidsid, et katkestamise määr suurenes ning ravitulemused halvenesid, kui kokkupuutepõhine teraapia viidi läbi enne stabilisatsioonifaasi. Seega peab sekkumist planeerides kindlasti arvestama indiviidi anamneesi ning häire etioloogiaga. On ka tõdetud, et nii mitmetahulise häire puhul võib efektiivseimaks osutuda hoopis multimodaalne sekkumine, mis ei pea tingimata mitmest faasist koosnema (Corrigan, Hull, 2015). Vajalik on patsiendi informeerimine enne raviplaani koostamist, et nad oleksid kursis võimaliku halvenenud enesetundega ravi teises faasis. K-PTSH puhul soovitatakse suurendada seansside arvu usaldussuhte tekitamiseks. Samuti peaks arvestama kliendi üldise elukorralduse ning turvariskidega, et need ei mõjutaks teraapia kulgu ning tulemust. Tõenäoliselt kulub kompleksse häire puhul rohkem aega esimesele faasile, kus tegeletakse emotsionaalse regulatsiooni, dissotsiatsiooni, mõnuainete kuritarvitamisega, interpersonaalsete raskuste või negatiivse enesepildiga.

Ravi teine faas keskendub International Society of Traumatic Stress Studies ekspertide koostatud ravijuhendi (2012) kohaselt tervenisti trauma meenutamisele ja töötlemisele turvalises keskkonnas eeldusel, et klient on eelnevalt läbinud esimese faasi ning saavutanud turvatunde ja tõhusa terapeutilise suhte temaga tegeleva spetsialistiga. Terapeudi kohalolek, empaatia ning julgustav hoiak on siinkohal väga oluline. Seetõttu soovitatakse antud ravijuhendis selle faasi jaoks kindlasti individuaalset teraapiat, ka gruppisessioonide kõrval. Kuigi trauma töötlemisele lähenetakse spetsialistide seas erinevalt, on kõikidel ühiseks omadusteks juhtunu organiseeritud meenutamise läbiviimine. Siinkohal soovitatakse ka jätkata ka varasemalt õpitud emotsioonide regulatsiooni, enesetõhususe ning suhtlemisoskuste kinnitamisega. ISTSS ravijuhendi kohaselt (2012) kinnistatakse kolmanda faasi käigus varasemalt läbitöötatu ning seotakse see ühiskondliku toimetulekuga. Selle faasi eesmärgiks on omandatud oskuste rakendamine lähisuhetes, tööalaselt ja ka igapäevatoimetustes. Rõhutatakse kordusseansside vajalikkust, et siis arutada tekkinud raskusi, meelde tuletada õpitud oskusi ning ennetada võimalikku tagasilangust. Planeeritakse edasist toimetulekut ning hinnatakse varem läbitud etappe, vajadusel mõnda uuesti läbi käies. Hinnangud oodatava ravi kestvuse osas on erinevad. On soovitatud 4-5-kuulist perioodi, samas soovitavad ISTSS eksperdid (2012) pikemat ajavahemikku, et kindlustada ravi pikaajaline mõju. Vähemalt esimeses faasis võiksid seansid toimuda iganädalaselt ning edaspidi võiks kohtuda ka harvem, kui kliendi seisukord seda lubab. Konsensust aja osas ei ole, aga arvatakse, et esimese faasi jaoks võiks kuluda 6 kuud ning teise faasi jaoks 3 kuni 6 kuud. Kui aga anamneesis on kirjeldatud hiljutist enesevigastamist või suitsidaalset käitumist, peaks temaga tegelev spetsialist igaks juhuks võtma rohkem aega stabiliseerimiseks ja psühhoharimiseks. (UKPTS, 2017) Kolmandaks faasiks võib kuluda erinev aeg, aga selle võiks lugeda läbinuks juhul, kui kliendil on nii enda kui terapeudi hinnangul kõik etapid läbitud ning tunneb ennast olema valmis teraapiat lõpetama. Seega võib teraapia kesta 9-12 kuust aastateni. (ISTSS, 2012)

K-PTSH puhul kõige paremini toimivat teraapiavormi pole veel välja selgitatud. Mõned PTSH ravis kasutatavad teraapiad on kohandatud K-PTSH ravi teise faasi jaoks. Nende hulgas on pikendatud eksponeerimine ja silmaliigutuste desensitiseerimine ning ümbertöötlemine. 2012. aastal ISTSSi poolt läbi viidud uuringus selgus, et 82% ekspertidest leidis, et K-PTSH ravi puhul peaks kasutama mitmefaasilist lähenemist (Cloitre et al, 2012).

Küll aga pole 2017. aasta seisuga võrreldud mitmefaasilist raviplaani sellisega, millel puuduvad erinevad faasid (UKPTS, 2017). ravijuhendis soovitatakse peamiselt KKT-põhist teraapiat, pikendatud eksponeerimist (seda faasipõhises teraapias), EMDR-i ning narratiivset eksponeerimisteraapiat (*narrative exposure therapy*). (UKPTS, 2017)

K-PTSH puhul toimivaid psühhofarmakone ei ole veel piisavalt uuritud. Pikendatud eksponeerimisravi ja sertraliin on leitud olema sama efektiivsed (Jerud et al, 2016). Põhiliselt soovitatakse kasutada samu antidepressante, mis PTSH ravis: sertraliin, SSRI, paroksetiin (UKPTS, 2017) Arvatakse, et K-PTSH on rohkem häbipõhine kui PTSH, mis on pigem hirmupõhine (Lee, James, 2012). Seetõttu on vajalikud ka erinevad sekkumised, kuna näiteks eksponeerimise puhul võib tegevus olla terapeutiline, ent koormata liigselt kliendi emotsiooni regulatsiooni ning viia enesetunde halvenemiseni häbi tõttu. K-PTSH puhul soovitatakse enam grupipõhist teraapiat, kus klient saab jagada ning vastu saada empaatiat inimeste poolt, kes on midagi sarnast läbi elanud (NICE, 2018). Erinevalt PTSH-st on K-PTSH rohkem sõltuv suhetest. Trauma päritolu, raskustega toimetulek ning paranemine on suuresti vahendatud interpersoonalsete suhete poolt. Seega on sekkumise puhul soovituslik lisaks individuaalsele teraapiale rakendada ka grupipõhist teraapiat. Traumakesksed teraapiad on leitud olema tõhusamad kui mitte-traumakesksed teraapiad ning samuti individuaalsed seansid koos grupiseanssidega. (Ehring et al, 2014)

### ***Käesolev uurimus***

Hetke seisuga ei ole Eestis kasutusel ühte kindlat juhendit PTSH ja K-PTSH ravimiseks. Samuti ei ole teada, milliseid sekkumisi valdavalt rakendatakse ning kuivõrd on need kooskõlas ravijuhendite soovitustega. Käesoleva töö eesmärgiks on uurida PTSH ja K-PTSH diagnoosimist ja ravi Eesti kliiniliste psühholoogide ja psühhiaatrite seas. Põhiliselt soovitakse teada saada, millele toetudes häireid diagnoositakse ning millised on peamised eelistused sekkumiste osas. Püütakse välja selgitada, kui suurel määral lähtuvad Eestis tegutsevad spetsialistid PTSH ja K-PTSH ravijuhenditest. Samuti uuritakse, kui pikaajalisi raviplaanid spetsialistid koostavad ning mis on nende hinnangul ravi katkestamise määr ja selle taga olevad põhjused.

## MEETOD

### *Küsimustik*

Küsimustik koos pöördumisega on tervenisti esitatud lisa 1. Autori poolt koostatud küsimustik koosnes kolmest osast. Esimene osa uuris vastaja vanust, sugu ja ametinimetust. Teine osa algas juhtumi kirjeldusega posttraumaatilise stressihäirega inimese kohta, mille järel paluti vastajatel hinnata, millise häirega tegemist on. Seejärel uuriti eelistatud ravimeetodite kohta, paludes nimistust järjestada enda esimene, teine ja viimane valik. Lisaks uuriti, millist hindamisvahendit nad diagnoosimiseks kasutaksid. Samuti sooviti teada, mida vastajad arvavad ravi katkestamise määra kohta antud häire puhul ning küsiti soovitusi ravijuhendite parandamiseks. Kui ravisoovituste hulka kuulus teraapia, siis paluti täpsustusi selle pikkuse ning seansside tiheduse kohta. Kolmas osa sisaldas samu küsimusi nagu teine osa, aga uue juhtumi põhjal, mis kirjeldas kompleks-posttraumaatilise stressihäire all kannatavat inimest. Mõlema juhtumi puhul esitati 9 küsimust, millest viis olid valikvastusega, kolme puhul sai mitu vastust valida ning üks oli avatud. Uuringu kutses ei täpsustatud, millist häiret uurimistöös kajastatakse, osalejaid said informatsiooni, et tegemist on traumaatiliste kogemustega seotud häiretega.

### *Valim*

Küsimustikule vastas kokku 36 kliinilist psühholoogi ja psühhiaatrit üle Eesti. Neist 29 (80,6%) olid naised ning seitse (19,4%) mehed. Keskmine vanus küsimustikule vastajate seas oli 42, mediaan 37. Psühhiaatreid oli vastajate seas 14 (38,9%) ning kliinilisi psühholooge 22 (61,1%). Uurimusse värvati vastajaid erialaste elektrooniliste kirjalistide kaudu. E-kiri uuringusse kutsega saadeti uurimuse juhendaja abiga kliiniliste psühholoogide kutseliidu, Eesti Psühholoogide Liidu kliiniliste psühholoogide sektsiooni ning Eesti Psühhiaatrite Seltsi liikmete (sh noorpsühhiaatrite) meililistidesse. Üleskutsed saadeti kokku kolmel korral.

## TULEMUSED

### ***PTSH***

#### *Diagnoosimine*

Esimese juhtumi puhul pakkusid kirjeldatud häireks posttraumaatilist stressihäiret 34 vastanut (94,4%). Kahe muudmoodi vastanu pakkumised olid depressioon ning kompleks-posttraumaatiline stressihäire. Seitse vastanut pakkus lisaks PTSH-le ka muid diagnoose, neist enim depressiooni (kuuel korral). Veel arvati, et koos PTSH-ga võib juhtum kirjeldada ka üldistunud ärevushäiret (üks vastanu) või agorafobiat (üks vastanu). Üks vastanu lisas, et diagnoos vajaks täpsustamist, kuna PTSH-ga kaasnevad tihti muud häired, nende hulgas depressioon ning sõltuvushäired. Veel täpsustas üks vastanu, et võimalik on ajupõrutuse jääknähud, mis võivad tekitada ärevust ning ärrituvust.

#### *Raviplaan PTSH diagnoosi eelistanute hulgas*

Diagnoosi langetamise alusena kasutaks RHK-10 29 vastajat (85%). Kaks vastajat kasutaks RHK-11. DSM-5 järgi hindaks üks vastaja ning üks hindaks enda teadmiste põhjal. Hindamisvahendite hulgas olid vastustena kõige populaarsemad kliiniline intervjuu (85%), emotsionaalse enesetunde küsimustiku EEK-2 tulemused (58,8%) ning patsiendi kaebuste põhjal otsustamine (55,9%). Lisaks valiti nimekirjast veel MINI või mõne muu diagnostilise intervjuu kasutamist ning Becki depressiooni küsimustikku, mõlemat 9 korda (26,5%). Üks vastanu lisas enda poolt veel sündmuste mõju skaalat (*Impact of Event Scale*) ning teine mainis, et kasutaks muud PTSH mõõtmise vahendit. Isik, kes muuhulgas ajupõrutust kahtlustas, viiks veel läbi kognitiivseid teste võimalike häirete tuvastamiseks.

Raviplaanis järjestuses hinnati enim esimeseks valikuks kolme faasilist sekkumist (38,3%). Seda kasutaks teise valikuna kaks ning viimase valikuna samuti kaks vastanut. Esimese variandina raviplaanis kasutatakse veel antidepressante (14,7%), kognitiivset teraapiat (11,8%), EMDRi (8,8%), baasvajaduste täitmise rõhutamist (8,8%), pikendatud eksponeerimisteraapiat (5,9%). Ühe korra valiti esmaseks ravivariandiks eneseabiraamatud, grupiteraapia KKT baasil, sensorimotoorne teraapia ning mittedirektiivne nõustamine. Kõik tulemused on esitatud tabelis 1.

Tabel 1. Raviplaanide eelistus PTSH puhul

	Esimene valik	Teine valik	Kolmas (viimane) valik	N	Jaotus (21 klps**, 13 psh*)
Kolmeefaasiline sekkumine	13 (4psh*)	2 (1psh*)	2 (1psh*)	17 (6 psh*)	46% psh* 52% klps**
Antidepressandid	5 (2psh*)	9 (7psh*)	7 (2psh*)	21 (11psh*)	84,6% psh* 47,6% klps**
Kognitiivne teraapia	4 (1psh*)	8 (2psh*)	6 (2psh*)	18 (5psh*)	38,5% psh* 61,9% klps**
EMDR	3 (2psh*)	7 (1psh*)	6 (5psh*)	18 (8psh*)	61,5% psh* 47,6% klps**
Baasvajaduste rõhutamine	3 (1psh*)	1	4 (1psh*)	8 (2psh*)	15,4% psh* 28,6% klps**
Eneseabimeetodid	-	1 psh*	2	3 (1psh*)	7,7% psh* 9,5% klps**
Pikendatud eksponeerimisravi	2 (1psh*)	-	1	3 (1psh*)	7,7% psh* 9,5% klps**
Narratiivne eksponeerimisravi	-	2 (1psh*)	1 psh*	3 (1psh*)	7,7% psh* 9,5% klps**
Muu	3	1	3	7	

*Märkus: psh\*-psühhiaater, klps\*\*-kliiniline psühholoog. Rohelisega on märgitud soovituslikud sekkumised ravijuhendite kohaselt. Sulgudes on märgitud psühhiaatrite osakaal vastanute seas.*

Teise variandina kasutatakse enim vastajaid EMDRi (20,6%), antidepressante (26,5%) või kognitiivset teraapiat (23,5%). Viimase variandina kasutatakse antidepressante 20,6% ning EMDRi või kognitiivset teraapiat 17,6%. Neli vastajat rõhutaks viimase vahendina baasvajaduste täitmist (11,8%). Lisaks nimetati veel sobilike variantidena grupiteraapia KKT baasil, eneseabiraamatud, tugivõrgustiku loomine, antipsühhootikumid ja unerohud. Psühhoteraapia lisamisel hindasid 52,8% vastajatest, et selle pikkus sõltub kliendi soovist ja vajadusest. 27,8% leidis, et teraapia peaks kestma 8-12 seanssi ning 11,1%, et teraapia peaks kestma rohkem kui 12 seanssi. Üle poole vastajatest (55,6%) hindasid sobilikuks seansside tiheduseks kord nädalas, 30,6% 2-3 korda kuus.

### *Muud häiret diagnoosinud vastajad*

Kaks vastajat valis antud juhtumikirjelduse alusel diagnoosiks depressiooni ja kompleks-posttraumaatilise häire. Mõlemad kasutasid hindamisvahendina kliinilist intervjuud ning toetuksid ka kliendi kaebustele, üks kasutaks lisaks EEK-2. Raviplaanis oli nende esimeseks pakkumiseks psühhodünaamiline teraapia ning kognitiivne teraapia. Teise variandina soovitasid nad eneseabimeetodeid (mediteerimine, jooga jms) või anksiolüütikume. Viimase variandina soovitasid mõlemad muu diagnoosi määranud spetsialistid antidepressante. Teraapia pikkust ning seansside tihedust hinnati üsna üksmeelselt. Ühe vastanu arvates peaks teraapia pikkuseks olema 8-12 seanssi ning kohtumised võiks toimuda 2-3 korda kuus, samas teise hinnangul peaks kohtuma korra nädalas nii kaua, kui klient soovib ning vajalikuks peab. Ravi katkemise määraks hinnati kuni 30% ja kuni 50%, põhiliseks väljalangemise põhjuseks on patsiendi demotiveeritus ning nõrk terapeutiline suhe.

### ***K-PTSH***

#### *Diagnoosimine*

Teise juhtumi puhul hindasid häireks K-PTSH 83%. Kolmel korral pakuti nii PTSH-d kui K-PTSH-d korraga. Muudest kaasuvatest diagnoosidest pakuti kuuel juhul depressiooni. Üks vastaja lisas, et vähese info põhjal on raske kindlat diagnoosi panna ning teine kommenteeris, et K-PTSH puhul võib veel kaasuvaid diagnoose lisanduda, mida hetkel kindlalt nimetada ei oskaks. Diagnoosi panemisel toetuks RHK-10le 63,3% vastanutest. RHK-11 juhendi abil hindaks häiret 16,7% ning DSM-5 abil 10%. Hindamisvahendina kasutasid 90% vastajatest kliinilist intervjuud, patsiendi kaebuste põhjal otsustaksid 63,3% ning EEK-2 abil 53,3% vastanutest. Lisaks kasutasid 30% Becki depressiooni küsimustikku ning 26,6% MINI või mõnda muud diagnostilist intervjuud. Eraldi mainiti veel ühe korra PCL-5 testi ning sündmuste mõju skaalat.

#### *Raviplaan K-PTSH diagnoosi eelistanute seas*

Antud häire raviplaanis valiti enim esimese valikuna kolmefaasilist sekkumist (36,7%), antidepressantidest alustaks 23,3%. Psühhodünaamilisest teraapiast alustaks 13,3% ning silmaliigutuste desensitiseerimisest ning ümbertöötlustest 10%. Kõige enam valitaks teise

variandina raviplaanis kolme faasilist sekkumist (23,3%) ning kognitiivset teraapiat (23,3%). Kümnestik vastajaist prooviks teise variandina pikendatud eksponeerimisteraapiat. Viimase variandina rakendaks kognitiivset teraapiat 26,7% spetsialistidest, veel kaalutaks antidepressante (16,7%). Pereteraapia, EMDR või kolme faasiline sekkumine on vastavalt 10% viimane valik. Ülejäänud tulemused on esitatud tabelis 2.

Tabel 2. Raviplaanide eelistus K-PTSH puhul

	Esimene variant	Teine variant	Kolmas (viimane) variant	N	Jaotus (18klps, 12psh*)
Kolme faasiline sekkumine	11 (3psh*)	7 (5psh*)	3 (2psh*)	21(10psh*)	83%psh* 61%klps**
Antidepressandid	7 (2psh*)	2 (1psh*)	5psh*	14(8psh*)	25% psh* 66,6% klps**
Psühhodünaamiline teraapia	4 (3psh*)	1	-	5(3psh*)	25% psh* 11% klps**
Kognitiivne teraapia	1 psh*	7 (1psh*)	8 (2psh*)	16(3psh*)	25% psh* 72% klps**
EMDR	3 (1psh*)	2 (1psh*)	3	8(2psh*)	16,7% psh* 33% klps**
Tugivõrgustiku loomine	1 psh*	2 (1psh*)	2 (1psh*)	5(2psh*)	16,7% psh* 16,7% klps**
Baasvajaduste täitmise rõhutamine	1 psh*	1	2 (1psh*)	4 (1psh**)	8% psh* 16,7% klps**
Sensorimotoorne teraapia	1	2	1	4	22% klps**
Pereteraapia	-	1	3	4	22% klps**
Muu	1	5	-	6	

Märkus: psh\*-psühhiaater, klps\*\*-kliiniline psühholoog. Rohelisega on märgitud soovituslikud sekkumised ravijuhendite kohaselt. Sulgudes on märgitud psühhiaatrite osakaal vastanute seas.



Psühhoteraapia lisamisel raviplaani arvati, et see peaks kestma rohkem kui 12 seanssi (56,6%). Üle kolmandiku vastajatest (36,6%) leidsid, et teraapia pikkus peaks lähtuma kliendi vajadusest ning soovist. Üks vastaja leidis, et teraapia peaks kestma rohkem kui aasta. Umbes pooled vastajad (53,3%) arvasid, et seansid peaks toimuma korra nädalas. Kaks-kolm korda kuus kohtuksid kliendiga 23,3%. Siinkohal leidis 13,3%, et seansside tiheduse peaks määrama kliendi soov ning vajadus. 46,7% spetsialistidest hindasid, et ravi katkestamise määraks on antud häire puhul kuni 50%. Ligikaudu kolmandik spetsialiste (30%) leidis, et ravi katkestavad kuni 30% patsientidest. Viiendik vastanutest leidis, et ravi katkestavad enam kui pooled patsiendid. Selle peamiseks põhjusteks hinnati patsiendi kurnatust teraapiast (66,7%), nõrka terapeutilist suhet (63,3%) ning patsiendi demotiveeritust (43,3%).

### *Muu häire diagnoosinud vastajad*

Muude diagnooside seast pakuti 83,3% juhtudest posttraumaatilist stressihäiret. Kahel korral pakuti häireks depressiooni ning ühel korral komorbiidset depressiooni koos PTSH-ga. Kõik spetsialistid määrasid häire RHK-10 toetudes. Hindamisvahenditest kasutatakse enim EEK-2 (83,3%), kliinilist intervjuud (83,3%), pooled otsustaksid patsiendi kaebuste põhjal. Pooled muu häire määranud spetsialistid alustaks ravi kognitiivsest teraapiast. Kahe spetsialisti esimene valik raviplaanis oleks kolmefaasiline sekkumine. Üks spetsialist ei märkinud enda raviplaani eelistust. Teise variandina soovitaks kolmandik antidepressante, üks kolmefaasilist sekkumist ning üks EMDRi. Viimase variandina soovitaks üks vastaja anksiolüütikume, üks antidepressante, üks eneseabimeetodeid, üks psühhodünaamilist teraapiat ja üks tugivõrgustiku loomist. Pooled muu häire kui K-PTSH määranud vastajad leidsid, et seansside arvu peaks määrama kliendi vajadus ja soov ning pooled, et seansse peaks olema vähemalt 12. Kolmandik määraks seansside tiheduse lähtuvalt kliendi soovidest, kolmandik kohtuks 2-3 korda kuus, üks korra nädalas ning üks rohkem kui korra nädalas. Pooled hindasid ravi katkemise määraks kuni 30%, kolmandik rohkem kui 50% ning üks leidis, et kuni 50%. Põhjused jagunesid võrdselt kolmeks: patsiendi demotiveeritus, kurnatus teraapiast ning nõrk terapeutiline suhe. Üks vastaja kommenteeris, et mõistlik raviplan peaks sisaldama endas mitut komponenti (töö mõtete-emotsioonide seose ja mõjuga, tugivõrgustiku hindamine ja toetamine, mõistlikud eneseabivahendid, farmakoteraapia, baasvajaduste rõhutamine ja korrastamine).

## ARUTELU

### ***PTSH hindamine***

Selgus, et uurimuses osalenud psühhiaatrid ja kliinilised psühholoogid tunnevad juhtumi kirjelduse alusel PTSH häiret valdavalt hästi ära ning toetuvad seejuures RHK-10le. Iseenesest oli pöördumiskirjas ka mainitud, et juhtumid on seotud traumaatiliste kogemustega, mis andis üsna selge vihje, mis sorti häiretega võib tegu olla. Tihti diagnoositakse ka komorbiidne depressioon, mis sobitub iseenesest RHK-10 kohaselt häire kriteeriumitega. Kaks muu häire hinnanud spetsialisti toetusid samuti RHK-10le, aga mõlema puhul oli diagnoos vähemalt kaudselt seotud õigega. See annab alust arvata, et PTSH-st väga erinevat diagnoosi ei panda, kui anamneesis on selgelt välja toodud traumaatiline kogemuse suur mõju patsiendile, mis on ka peamine eeldus PTSH diagnoosimiseks. Põhiline hindamiskriteerium RHK-10 kohaselt - traumaga seotud mälestuste esiletükkimine mälestustes ning unenägudes - oli juhtumi kirjelduses välja toodud ning sellele ilmselt toetuti ka kõige rohkem häiret hinnates. Kliiniline intervjuu on DSM-V kohaselt soovituslik hindamisvahend PTSH diagnoosimiseks (APA, 2013) ning seda kasutasid 85% õigesti diagnoosinud vastajatest. Üle poolte vastajatest tugineks häire määramisel patsiendi kaebustele, mis jätab mulje, et Eesti spetsialistid tunnevad end adekvaatsena PTSH hindamisel. Seda on näha ka suurest õige diagnoosi määrast.

### ***PTSH raviplaan***

Raviplaani määramisel on näha suuremat varieeruvust: isegi kui diagnoos määratakse õigesti, siis üsna suure osa spetsialiste nägemus häire ravist läheb vastuollu ravijuhenditega. Nii APA (2013) kui ka WHO (2013) kohaselt on soovituslikud terapeutilised sekkumised erinevad vormid kognitiivsest teraapiast ning pikendatud eksponeerimisteraapia, kuna need on tõestatud kõige efektiivsemalt vähendama PTSH sümptomeid. Ravijuhendites soovitatud sekkumised oleks esimeseks variandiks vaid 26,5% spetsialistide seas. Kognitiivset teraapiat rakendaks vaid 11,8% vastajatest esimese variandina ning pikendatud eksponeerimisteraapiat 5,9%. Viimase vähene kasutus võib olla tingitud spetsialistide puudulikest oskustest antud teraapia kontekstis, mis on ka Beckeri jt (2004) uuringu kohaselt põhiline takistus antud

sekkumise rakendamisel. Teiseks põhjuseks võib olla soov läheneda kliendile individuaalselt juhendipõhise ravi asemel (Becker et al, 2004). Spetsialistid, kelle teine valik raviplaanis oleks kognitiivne teraapia (kokku 23,5%), valiksid esimesena antidepressandid, kolmeefaasilise sekkumise, EMDR-i, baasvajaduste täitmise rõhutamise ning mittedirektiivse nõustamise. Neist enamus läheb vastuollu ravijuhenditega, milles on vaid EMDR välja toodud kui soovituslik esmane sekkumisviis (WHO, 2013). Sekkumise eelistuse varieeruvuse tõttu võib oletada, et antud häire puhul ei olda täiesti kindlad, milline kõige tulemuslikum on. KKT-põhist grupiteraapiat soovitaks esimese variandina üks spetsialist, mis on WHO (2013) ravijuhises välja toodud kui üks soovituslikest sekkumistest, kuigi selle tõendus põhjus on madal.

Üle kolmandiku (38,2%) spetsialistide esimene valik raviplaani määramisel oleks kolmeefaasiline sekkumine, mis on tegelikult välja töötatud K-PTSH raviks ning ei ole üheski ravijuhendis kirjeldatud kui tõendus põhine sekkumine PTSH puhul. See võib osutuda patsiendile kahjulikuks, eriti PTSH puhul, kuna mistahes sekkumine on vaimselt kurnav ning põhjendamatu traumakeskse teraapia edasilükkamine stabiliseerimise eesmärgil on vastunäidustatud (DeJongh et al, 2016). Kolmeefaasilist sekkumist esimese variandina soovitaks kliinilised psühholoogid psühhiaatritest enam. Psühhiaatrite ja kliiniliste psühholoogide kolme valiku seas oli see sekkumine võrdsel määral. WHO (2013) ravijuhise kohaselt ühe kõige kõrgema raviväärtusega EMDR-i rakendaks esimese valikuna 8,8%, mis on üsna väike määr. Küll aga oleks see teraapiavorm teine valik 26,5% ning viimane variant 17,6% spetsialistide seas, mis näitab, et iseenesest on vajalikud teadmised ja oskused olemas üle pooltel vastajatest, aga millegipärast ei rakendataks seda esmajoonel. Võimalik, et seda ei hinnata nii efektiivseks võrreldes muude sekkumistega.

Baasvajaduste rõhutamisest alustaks 8,8% vastajatest, mis ei ole kooskõlas ühegi teadaoleva ravijuhisega PTSH ravis. Kliinilised psühholoogid kaaluvad sellist sekkumist kaks korda enam kui psühhiaatrid. Samas ei ole see otseselt teraapiavorm, vaid pigem vahend tugeva stressiga toime tulemiseks, seega võib sellest alustamine olla põhjendatud, kui eesmärgiks on patsiendi stabiliseerimine, samuti saab seda integreerida muudesse sekkumistesse. Narratiivset eksponeerimisteraapiat, mis on NICE (2018) ravijuhises soovitatav teraapiavorm, kasutaks vastajatest vaid kolm spetsialisti ning seda teise või viimase variandina, kusjuures psühhiaatrid on seda vormi valmis rakendama enam kui psühholoogid. Spetsialistid, kes

antud juhtumi põhjal muu häire kui PTSH määrasid, rakendaksid esimese valikuna psühhodünaamilist teraapiat või kognitiivset teraapiat. Viimane neist on tõenduspõhine sekkumine PTSH ravis, mistõttu on võimalik, et see toimiks, olenemata vales diagnoosist (depressioon). Küll aga on esimese variandi mittetoimivuse puhul suurem oht määrata vale ravi: teise variandina soovitaksid nad kas anksiolüütikume või eneseabimeetodeid, millest kumbki ei ole kooskõlas ravijuhenditega.

Farmakonipõhine ravi (eelkõige antidepressandid) läheb vastuollu NICE (2018) ravijuhendiga, kus ei soovitata ravimeid määrata, välja arvatud juhul, kui klient seda ise eelistab või kui teraapia tulemusi ei anna. Seda eelistaks esmajärjekorras vaid väike osa vastanutest (14,7%). Küsitluse põhjal selgus, et antidepressandid on kõige populaarsemad PTSH raviks (kumulatiivne määr 61,8% spetsialiste, kes kaaluksid häire ravimiseks antud farmakone), kusjuures psühhiaatrid soovitsid seda peaaegu kaks korda enam kui kliinilised psühholoogid (kokku 84,6% võrreldes 47,6% psühholoogidega). Selle loogiliseks seletuseks võib olla, et võimalus ravimeid välja kirjutada ka soodustab selle tegemist. Samas on ka võimalik, et arstidena on psühhiaatritel suurem teadlikkus või oskused farmakonipõhise ravi osas võrreldes teraapiapõhise raviga PTSH puhul. Muud ravimid ei leidnud küsitluses statistiliselt märkimisväärt kasutust. WHO (2013) ravijuhendi kohaselt peaks SSRI-d või tritsüklilisi antidepressante kaaluma vaid juhul, kui teraapia ei anna tulemusi või kui häirega kaasneb mõõdukas kuni tugev depressioon. Antidepressante kaaluti teise või kolmanda variandina enam kui esimesena. Spetsialistidest, kes määrasid antidepressante teise või kolmanda valikuna, oli viis hinnanud kaasuva depressiooni lisaks PTSH diagnoosile juhtumi põhjal. Seega võib nende puhul olla antidepressantide määramine põhjendatud, juhul kui nende esimese või teise variandina kasutatavad teraapiavormid tulemusi ei annaks. Muu häire määranud spetsialistid soovitsid mõlemad antidepressante. Sellisel juhul on võimalik, et viimast varianti ka rakendataks, kuna teise variandina kasutatavad meetmed ei ole tõenduspõhised PTSH ravis ning esimesest variandist on ainult üks, kognitiivne teraapia. Järelikult on suurem oht, et valediagnoosi puhul määratakse ebavajalikult farmakonipõhine ravi, kuna ei olda häirega ning selle raviks vajalike sekkumistega kursis. See võib vaimselt klienti kurnata ning põhjustada ka suuremat raviprotsessist väljalangemist.

Üle poolte vastajatest leiavad, et seansside arv peaks sõltuma patsiendi soovist ja vajadusest. Siinkohal jälgitakse osaliselt ravijuhendeid, mis soovivad suurendada või vähendada

seansside arvu ja tihedust, kui patsiendil selleks soov või vajadus on. Kuna teraapia toimivus ning tervenemiseks kuluv aeg varieerub suuresti, on siinkohal ka rohkem ruumi individuaalselt läheneda. Seega on kokkuleppeline lähenemine teraapia pikkuse määramisel täiesti põhjendatud.

### ***K-PTSH hindamine***

Kompleks-PTSHd diagnoositakse valdavalt õigesti, kuigi vähem kui PTSH-d. See võib tuleneda sellest, et K-PTSH ei ole veel eraldi häirena kõikides kasutatavates klassifikatsioonides. Seetõttu aetakse häiret segamini enim tavalise PTSH-ga. Samuti on võimalik, et spetsialistidel on veel raskusi kahe häire eristamisega. Kaasuvatest diagnoosidest pakuti kõige rohkem depressiooni, mis on levinud komorbiidne häire K-PTSH puhul. Enamjaolt toetuti hindamisel taas kord RHK-10 klassifikatsioonile. See on märkimist väärt, kuna kompleks-PTSH ei sisaldu tegelikult RHK-10s. Juhtumi kirjelduse põhjal vale häire määranud spetsialistid toetuksid kõik RHK-10le, mistõttu võib ka vale diagnoos põhjendatud olla: 83,3% neist pakkusid häireks PTSH. Samuti ei sisaldu K-PTSH DSM-5 klassifikatsioonis, kuigi 10% vastanutest toetuks enda sõnul häire määramisel just sellele. DSM-5-s on PTSH-l alajaotused põhisümptomite järgi, näiteks on välja toodud PTSH negatiivse meeleolu ja kognitsiooni alatüübiga ning PTSH dissotsiatiivse alatüübiga (APA, 2013). Seega seletaks õige diagnoosi määramist, et see tuletati mõnest alatüübist.

Hindamisvahendina kasutavad 90% kliinilist intervjuud (muu häire määranute seas 83,3%), mis on sobilik mõõtmisvahend (APA, 2013). Peaaegu kaks kolmandikku (63,3%) otsustaksid patsiendi kaebuste põhjal. Selle põhjal võib oletada, et K-PTSH sümptomaatika on enamus spetsialistidele tuttav. Veidi üle poole kasutaksid veel abivahendina EEK-2 ning umbes kolmandik Becki depressiooni küsimustikku, mis võivad aidata neil patsiendi vaimset seisundit hinnata, kuid mis ei ole tõendus põhised hindamisvahendid K-PTSH puhul. Ligi kolmandik õigesti diagnoosinud spetsialistidest kasutaks MINI või mõnda muud diagnostilist intervjuud, eraldi toodi välja PCL-5 test ning sündmuste mõju skaala. Viimased kaks on APA (2013) soovituslikud vahendid PTSH hindamiseks (K-PTSH kohta eraldi teste hetkeseisuga ei ole).

Arvestades, et valdavalt toetutakse soovituslikele hindamisvahenditele, võib väärdiagnoos K-PTSH puhul olla põhjendatud kahe teguriga: 1) spetsialistid toetuvad manuaalile, kus ei

ole häiret veel eraldi klassifitseeritud, ning määravad selle põhjal kõige ligilähedasema diagnoosi või 2) nad ei ole lihtsalt kursis komplekse häire spetsifikatsioonidega ning seetõttu ei oska seda ka õigesti diagnoosida.

### ***K-PTSH raviplaan***

K-PTSH puhul määratakse diagnoos õigesti küll harvem, kuid raviplaanid on peaaegu kaks korda tihedamini kooskõlas ravijuhenditega võrreldes PTSH-ga. Pooled spetsialistid alustaks häire ravimist juhendites soovitatud sekkumistega. Kõige rohkem rakendatakse kolmefaasilist sekkumist (36,7%), mis on ka peamine soovituslik sekkumine antud häire puhul (UKPTS, 2017). Kuigi see oli kolme variandi seas enamus vastajatel (kokku 70%), oli peaaegu kolmandikul see sekkumine kolme variandi seast üldse välja jäetud. Kliinilistest psühholoogidest sekkus kolmefaasiliselt 44,4% esimese variandina, samas psühhiaatrite esimene valik on see vaid veerandi seas. Siiski on see mõlema ameti esindajate seas kõige populaarsem sekkumisviis, mis näitab, et nende hulgas, kes komplekse häire iseärasustega kursis on, teavad suures osas ka selle raviks soovituslikke sekkumisi. Tekib aga küsimus, miks varieeruvus faasipõhise sekkumise eelistuse osas nii suur on. Võimalik, et seda peetakse ebavajalikuks, eriti kuna faaside kestvus sõltub nii suuresti kliendi seisundist ja vajadusest ning vahel võib stabilisatsioonifaas ka demotiveerivalt mõjuda, kui kliendil selleks tegelikult vajadust ei ole (DeJongh et al, 2016). Samuti on alust soovitada erinevate võtete kombineerimist, kuna häire on niivõrd mitmetahuline (Lee, James, 2012). See annab spetsialistidele aluse proovida esmalt muid sekkumisi, kui see nende hinnangul sobilik on.

Kognitiivne teraapia, mis on UKPTS (2017) ravijuhendi kohaselt samuti soovituslik sekkumine, on kolme valiku seas 53% õigesti häire määranud spetsialistidest, kuigi esimese valikuna oli selle märkinud ainult üks vastanu. Huvitaval kombel oleks muu häire määranud spetsialistide seas poolte esimene valik raviplaanide koostamisel kognitiivne teraapia, mis teeb kasutamise määra palju suuremaks kui nende seas, kes tegelikult õige häire määrasid. Teise valikuna olid võrdselt populaarsed kolmefaasiline sekkumine ja kognitiivne teraapia. Faasipõhise ravi määraks kolmandik ka muu häire määranud spetsialistidest. Kuna nii faasipõhine lähenemine kui kognitiivne teraapia on kooskõlas UKPTS (2017) ravijuhendiga, siis võib arvata, et ka suur osa väärdiagnoositud patsientidest saavad tegelikult sobivat ravi. Kolmveerand kliinilistest psühholoogidest kaaluksid kognitiivset teraapiat, seevastu

psühhiaatrite seas vaid veerand. Võimalik, et psühholoogid on psühhiaatritest enam läbinud selle teraapiavormi väljaõppet, mistõttu nad ka rakendaks seda enam. Küll aga pole hetke seisuga võrreldud faasipõhist lähenemist selliste sekkumistega, millel ei ole faase, seega on keeruline öelda, kumb neist paremini toimib (UKPTS, 2017).

Kuigi K-PTSH puhul toimivaid ravimeid ei ole veel väga põhjalikult uuritud, on alust arvata, et teatud antidepressandid (näiteks sertraliin) võib olla sama mõjusad kui pikendatud eksponeerimisravi (UKPTS, 2017). Antidepressandid olid kolme valiku hulgas ligi pooltel vastajatel (46,7%), sealjuures esimese valikuna oli see märgitud 23,3%. Kliinilistest psühholoogidest kasutaks antidepressante esimese variandina 27,7% ehk rohkem kui veerand. Samas psühhiaatritest määraks antidepressante esimese variandina vähem, 16,7%. Kokku oli antidepressandipõhine ravi kolme valiku seas 66,6% psühhiaatritest ning veerandil kliinilistest psühholoogidest. See erinevus, nagu ka PTSH puhul, võib olla põhjendatud ameti eelistega, mis võimaldab psühhiaatritel lihtsamini farmakonipõhist ravi määrata. Häire mitmetahulisuse tõttu soovitatakse ravis kombineerida erinevaid võtteid (Lee, James, 2012). Kuna K-PTSH on rohkem häbipõhine kui PTSH (Lee, James, 2012), siis võib arvata, et teraapia kombineerimisel ravimitega võib anda paremaid tulemusi, kuna aitaksid patsiendil paremini emotsiooni regulatsiooniga hakkama saada. See omakorda ehk võimaldab kauem vaimselt kurnavas teraapias toime tulla (näiteks eksponeerimise puhul).

Küsitlusele antud vastuste alusel võib järeldada, et enamus spetsialiste mõistavad komplekse häire pikaajalise ravi vajadust. ISTSS (2012) hinnangul on K-PTSH ravi pikaajaline, varieerudes 4-5 kuust kuni aastani ja veelgi kauem. Kohtumised leiaks aset vähemalt 2-3 kuus, umbes pooled spetsialistid kohtuks kliendiga korra nädalas. ISTSS (2012) ravijuhendi kohaselt peaks vähemalt ravi esimeses faasis toimuma kohtumised iganädalaselt, seega on seansside tihedus valdavalt kooskõlas juhendiga. Peamiste põhjustena ravist väljalangemise puhul toodi nõrk terapeutiline suhe (63,3%) ning patsiendi kurnatus teraapiast (66,6%). Viimane põhjus väljalangemiseks on arusaadav, arvestades, et komplekshäire puhul kestab ravi tihti aasta või kauemgi ning selle käigus tegeletakse aktiivselt traumaga seotud mälestuste töötlemisega ning see võib kliendile mõjuda vaimselt kurnavalt (UKPTS, 2017). Kui suhe terapeudiga ei ole eriti tugev ega usalduslik, on katkestamine ilmselt tõenäolisem. Siinkohal tuleks märkida, et stabilisatsioonifaas K-PTSH ravi puhul on äärmiselt oluln tugeva terapeutilise suhte ning usalduse tekitamiseks (ISTSS, 2012). See võimaldab saavutada ka

paremaid tulemusi ravi teistes faasides ning loogiliselt vähendab ravi katkestamise määra. Seega sõltub suuresti patsiendiga tegelevast spetsialistist see, kui efektiivselt suudetakse luua tõhus terapeutiline suhe ja usaldus, mis võimaldaks edasi liikuda trauma töötlemise faasi.

### ***Töö piirangud ning mõtted edasiarenguks***

Peamine puudujääk töös on väike valim. Algselt loodeti küsimustiku vastamise määraks umbes 40% nii psühhiaatrite kui kliiniliste psühholoogide seas, aga ajanappuse tõttu ei olnud võimalik vastuseid kauem oodata, kui tegelikult vaja olnuks. On võimalik, et suurema valimiga uurimuse kordamisel saaks teha põhjapanevamaid järeldusi uurimisküsimuste osas. Küsimustikus võinuks uurida rohkem spetsialistide põhjendusi kindlate sekkumiste rakendamisel, mis oleks võimaldanud rohkem süvitsi analüüsida muu häire määranud vastajate vastuste tagamaid. Seda aga ei tehtud kaalutlusel, et liiga pikk küsimustik oleks ehk heidutanud üleüldse vastamisest. Oleks veel olnud huvitav teada saada, millised on vanuselised erinevused spetsialistide vastustes, kuid väikse valimi tõttu ei oleks need tulemused antud uurimuse kontekstis kuigi reliaabsed. Tulemused annavad alust arvata, et Eestis võiks olla vajadus ühtse eestikeelse ravijuhise järgi PTSH ja K-PTSH puhul. Seda võiks kindlasti edasistes uuringutes välja selgitada. Tulemuste põhjal saaks vajadusel kohandada mõni praegu välja töötatud ravijuhend eestikeelseks või koostada isegi uus koostöös Eestis praktiseerivate vaimse tervise spetsialistidega.

### ***Kokkuvõte***

Suur varieeruvus eelistatud sekkumiste osas nii PTSH kui K-PTSH puhul ning osalised vastuolud ravijuhendite soovitustega annavad alust arvata, et Eestis ei pruugi abivajaja saada korrektset ravi. PTSH-d diagnoositakse küll enamjaolt õigesti ning toetudes RHK-10le, kuid raviplani määramisel lähevad paljud spetsialistid vastuollu ravijuhenditega. Vaid umbes veerand alustaksid PTSH puhul ravijuhendites soovitatud sekkumistest. Märkimist väärt on tõsiasi, et üle kolmandiku spetsialistidest rakendaks PTSH puhul esimese variandina kolmeefaasilist sekkumist, mis ei ole kooskõlas ühegi PTSH ravijuhendiga ning võib lausa patsiendi seisuga halvenemiseni viia ebavajaliku traumakeskse teraapia edasilükkamise ning seeläbi tema vaimse kurnamise tõttu. Küsitlusest tuli välja, et peaaegu kaks kolmandikku kaaluksid kolme variandi hulgas antidepressante, kusjuures psühhiaatrid soovitsid seda peaaegu kaks korda enam kui kliinilised psühholoogid. Küll aga eelistaksid spetsialistid



farmakonipõhist ravi enamjaolt teise või kolmanda variandina, mis on ka soovituslik ravijuhendites, eeldusel, et teraapia ei anna tulemusi või patsient ise eelistab seda. K-PTSH-d tunti juhtumi kirjelduse põhjal samuti hästi, kuigi vähemal määral, kui PTSH puhul. See erinevus võib tulla tõsiasjast, et K-PTSH pole eraldi märgitud RHK-10-s ega DSM-5-s, mis on kaks põhilist manuaali, millele häire määramisel toetuti. Enim aeti häiret segamini tavalise PTSH-ga. Seevastu on raviplaanid K-PTSH puhul peaaegu kaks korda enam kooskõlas ravijuhenditega. Pooled spetsialistid alustaks häire ravimist juhendites soovitatud sekkumistega. Umbes kolmandik rakendaks kolmefaasilist sekkumist, mida ravijuhendites ka peamiselt soovitatakse. K-PTSH ravi puhul ei ole küll farmakone piisavalt uuritud, et põhjanevaid järeldusi selle toimivuse osas teha, kuid antidepressandid olid siiski populaarsed ravivahendid, olles umbes veerandi vastajate esimeseks variandiks. Huvitav on täheldada, et K-PTSH puhul on abivajajal suurem tõenäosus saada sobivat ravi kliinilise psühholoogi juurde pöördudes, kuna nende esimene valik raviplaan koostamisel on suuremal määral kooskõlas ravijuhenditega kui psühhiaatrite seas (66,6% vs 41,6%). PTSH puhul märkimisväärset vahet ei ole.

## KASUTATUD KIRJANDUS

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (2017) Clinical Practice Guideline for The Treatment of PTSD.

Becker, C., Zayfert, C., Anderson, E. (2004) A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. Behaviour Research and Therapy, vol 42, lk 277,292. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00138-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00138-4)

Cloitre, M., Courtois, C.A., Ford, J.D., Green, B.L., Alexander, P., Briere, J., Herman, J.L., Lanius, R., Stolbach, B.C., Spinazzola, J., Van der Kolk, B.A., Van der Hart, O. (2012). The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults.

Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B., Carlson, E. B., Bryant, R. A. (2014). Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis. European Journal of Psychotraumatology, 5, 25097.

Corrigan, F. M., Hull, A. M. (2015). Neglect of the complex: why psychotherapy for post-traumatic clinical presentations is often ineffective. British Journal of Psychiatry Bulletin, 39(2), 86-89.

DeJongh, A., Resick, P. A., Zoellner, L. A., Minnen, A., Lee, C. W., Monson, C. M., Rauch, S. A. (2016). Critical analysis of the current treatment guidelines for complex PTSD in adults. Depression and anxiety, 55 (5), 359-369.

Ehring, T., Welboren, R., Morina, N., Wicherts, J. M., Freitag, J., Emmelkamp, P. M. (2014). Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. Clinical Psychology Review, 34(8), 645-657.

Herman, J. (1992). Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma, Journal of Traumatic Stress, 5(3), 377-391.

Jerud, A. B., Pruitt, L. D., Zoellner, L. A., Feeny, N. C. (2016). The effects of prolonged exposure and sertraline on emotion regulation in individuals with posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 62-67.

Karatzias T., Shevlin M., Fyvie C., Hyland P., Efthymiadou E., Wilson D., & Cloitre M. (2016). ICD-11 Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD): factorial structure of a new self-report scale (ICD-TQ). *Journal of Anxiety Disorders*, 44, 73–79.

Karatzias, T., Cloitre, M., Maercker, A., Kazlauskas, E., Shevlin, M., Hyland, P., ... Brewin, C. R. (2018). PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania. *European journal of psychotraumatology*, 8(sup7), 1418103. doi:10.1080/20008198.2017.1418103

Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E. Hughes, M., & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.

Lee, D., James, S. (2012). *The compassionate mind approach to recovering from trauma*. UK: Robinson.

Mailma tervishoiuorganisatsioon. (2013) *Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress*.

Mailma Tervishoiuorganisatsioon. (1993) RHK-10 V Peatükk - Psüühika- ja käitumishäired. Loetud: <https://www.kliinikum.ee/psyhhaatriakliinik/lisad/ravi/RHK/RHK10-FR17.htm>

National Institute for Health and Care Excellence. (2018) *Post-Traumatic Stress Disorder*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>

Tervise Arengu Instituut. (2019) *Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas* . [http://pxweb.tai.ee/PXWeb2015/pxweb/et/02Haigestumus/02Haigestumus\\_\\_05Psyyhikahaireid/PKH1.px/table/tableViewLayout2/?rxid=e8f4c0d5-5488-4366-ba5e-25909fbddec6](http://pxweb.tai.ee/PXWeb2015/pxweb/et/02Haigestumus/02Haigestumus__05Psyyhikahaireid/PKH1.px/table/tableViewLayout2/?rxid=e8f4c0d5-5488-4366-ba5e-25909fbddec6)

UK Psychological Trauma Society. (2017) *Guideline for the treatment and planning of services for complex post-traumatic stress disorder in adults*.

Wolf, E. J., Miller, M. W., Kilpatrick, D., Resnick, H. S., Badour, C. L., Marx, B. P., ... Friedman, M. J. (2014). ICD-11 Complex PTSD in US National and Veteran Samples: Prevalence and Structural Associations with PTSD. *Clinical psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, 3(2), 215–229. doi:10.1177/2167702614545480

## **Lisa 1. Küsitlus**

### **E-kiri, millega küsitlus spetsialistidele edastati**

Tere!

Olen Tartu Ülikooli psühholoogiatudeng Anelle Tamm ning palun Teid osalema uuringus, mille eesmärgiks on uurida Eesti kliiniliste psühholoogide ja psühhiaatrite diagnoosimist ning ravi kooskõla ravijuhendites antud soovitustega kahe traumaatilise kogemusega seotud seisundi puhul. Kõik vastused jäävad anonüümseks ning kasutatakse vaid uurimistöös. Küsimustiku täitmist loetakse kui nõusolekut uuringus osalemiseks. Palun Teil vastata küsimustele kahe juhtumi alusel. Uuringus osalemine on vabatahtlik. Antud uurimistöö juhendaja on Tartu Ülikooli lektor ja KKT terapeut Kaia Kastepõld-Tõrs. Küsimuste korral pöörduge uuringu läbiviija Anelle Tamme poole meiliaadressil tammanelle@gmail.com.

Kogu küsimustiku täitmine võtab aega umbes 10 minutit ning on leitav järgmiselt lingilt: [https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeLUIUANz9XQ4VpiBcuJtig3HFIJWXt6zOWRPUI6fL4DfLT5w/viewform?fbclid=IwAR3ETtBGJUrW-Gg\\_qfHgCetQ-hbP1uHQ5NUaQz11r4OgMv6u5Q2b61qI184](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeLUIUANz9XQ4VpiBcuJtig3HFIJWXt6zOWRPUI6fL4DfLT5w/viewform?fbclid=IwAR3ETtBGJUrW-Gg_qfHgCetQ-hbP1uHQ5NUaQz11r4OgMv6u5Q2b61qI184)

Suur aitäh juba ette! Teie panus tähendab palju ühe psühholoogiks pürgiva tudengi jaoks.

Lugupidamisega

Anelle Tamm

### **Küsimustik**

Olen Tartu Ülikooli psühholoogiatudeng Anelle Tamm ning palun Teid osalema uuringus, mille eesmärgiks on uurida Eesti kliiniliste psühholoogide ja psühhiaatrite diagnoosimist ning ravi kooskõla ravijuhendites antud soovitustega kahe traumaatilise kogemusega seotud seisundi puhul. Kõik vastused jäävad anonüümseks ning kasutatakse vaid uurimistöös. Küsimustiku täitmist loetakse kui nõusolekut uuringus osalemiseks. Palun Teil vastata

küsimustele kahe juhtumi alusel. Kogu küsimustiku täitmine võtab aega umbes 10 minutit. Uuringus osalemine on vabatahtlik. Küsimuste korral pöörduge uuringu läbiviija Anelle Tamme poole meiliaadressil tammanelle@gmail.com.

**Sugu:** M/N

**Vanus:**

**Ametinimetus:**

Kliiniline psühholoog

Psühhiaater

Juhtum 1. 34a. meespatsient pöördub vastuvõtule esmakordselt kaebustega, et uni on häiritud, tunneb end pidevalt ärritatuna ega suuda enam tööl käia. Väiksemadki helid ehmatavad ning tal on raske end rahustada, kui see on toimunud. Patsient elas 8 kuud tagasi üle autoõnnetuse, kus ta ise oli roolis ja kus peale tema osales veel (ja sai tõsiselt vigastada) tema õde. Patsient kurdab, et õnnetuse-eelsed hetked „kummitavad“ teda, ta ei suuda neid pilte enda peast välja saada. Praegusel ajal on patsiendi füüsilised vigastused paranenud, kuid ta ei käi tööl (ütleb, et lihtsalt ei suuda inimeste hulgas olla, sest see masendab), on jäänud tubaseks ja väldib liiklusvahendite kasutamist.

**Millise häirega on Teie hinnangul tegu?**

Posttraumaatiline stressihäire

Kompleks-posttraumaatiline stressihäire

Depressioon

Agorafoobia

Generaliseerunud ärevushäire

Sotsiaalfoobia

Muu: .....//oma vastuse lisamise võimalusega//

**Mille alusel oma otsuse langetate?**

RHK-11

RHK-10

DSM-5

Muu: ..... //oma vastuse lisamise võimalusega//

**Mida kasutate hindamisvahendina?**

EEK-2 (Emotsionaalse enesetunde küsimustik-2)

Becki depressiooniküsimustik

Kliiniline intervjuu

Otsustaksin patsiendi kaebuste põhjal

MINI või mõni muu diagnostiline intervjuu

Muu: ....

**Järjestage järgnevalt soovituslik raviplaan lähtudes oma hinnangust. Millise häirega on tegu. Valige kolm esimest, eelistatuimat valikut, kus 1 - soovitaksite esimese variandina, 2 - teise variandina, 3 - viimase variandina.**

Ei vaja ravi

Anksiolüütikumid (dasepaam, lorasepaam)

Unerohud

Antipsühhootikumid (risperidoon)

antidepressandid (sertaliin, paroksetiin, fluoksetiin, venlafaksiin)

Baasvajaduste täitmise rõhutamine (liikumine, toitumine, uni)

Kognitiivne teraapia

EMDR

Lahenduskeskne lühiteraapia

Tugivõrgustiku loomine ehk patsiendi toetamine oma suhete korrastamisel

Eneseabimeetodite õpetamine (mediteerimine, jooga jms)

Eneseabiraamatud

Pikendatud eksponeerimisteraapia

Narratiivne eksponeerimisteraapia

Grupiteraapia (kognitiiv-käitumisteraapia baasil)

Loovteraapia

Mittedirektiivne nõustamine

Sensorimotoorne teraapia

## PTSH JA K-PTSH DIAGNOOSIMINE JA RAVI

Pereteraapia

Psühhodünaamiline teraapia

Kolmefaasiline sekkumine (stabilisatsioon, traumatöötlus, rehabilitatsioon)

**Juhul, kui ravisoovitustesse kuulub psühhoteraapia, kui pikk see Teie hinnangul olema peaks?**

Mitte rohkem kui 5 seanssi

5-8 seanssi

8-12 seanssi

Rohkem kui 12 seanssi

Sõltuvalt vajadusest ja kliendi soovist

Teraapia pole vajalik

**Kui sageli seansid Teie hinnangul aset leidma peaksid?**

Vähem kui kord kuus

Kord kuus

2-3 korda kuus

Kord nädalas

Rohkem kui kord nädalas

Sõltuvalt vajadusest ja kliendi soovist

Teraapia pole vajalik

**Kui suur on Teie hinnangul antud häire puhul ravi katkemise määr?**

Kuni 30%

Kuni 50%

Rohkem kui 50%

**Mis põhjustab enim ravi katkestamist antud häire puhul?**

Patsiendi iseeneslik paranemine

Patsiendi demotiveeritus

Patsiendi kurnatus teraapiast

Nõrk terapeutiline suhe



Ei oska öelda

Muu:

**Milliseid ettepanekuid on Teil antud häire ravisoovituste osas?**

Juhtum 2. 24a. naispatsient pöördub vastuvõtule kaebustega, et on pidevalt väsinud, masendunud ega suuda õppimisele keskenduda. Ta ei suuda oma mõtteid kontrollida ja näeb pidevalt vaimusilmas teda rünnanud (3 kuud tagasi, õhtusel ajal tänaval) võõra mehe silmi. Ta suutis end rünnakust päästa ilma hullema juhtumiseta, aga ta tunneb siiani juhuslikel hetkedele mehe käte haardest tekkinud tunnet oma kehal. See tekitab tunnet, et ta hakkab hulluks minema, sest on tunne, nagu see juhtuks jälle uuesti päriselt. Vahel juhtub, et vaimusilmas muutuvad rünnanud mehe silmad isa silmadeks, vahel on silme ees mitu nägu. Patsient on pärit perest, kus tarbiti palju alkoholi ja ta sai sageli füüsiliselt karistada vanematelt, eriti isalt. Ta ei mäleta muud, kui tühja tunnet. Vahel on esinenud mälupilte, kus ta näeb ennast justkui kõrvalt, kuidas ta lapsena isalt peksa sai. Patsiendil on raske oma emotsioonidega hakkama saada, üsna sageli on tunne, et elu on mõttetu ja tühi. Ta ei ole kunagi suutnud tekitada lähedasi suhteid meestega, sest tunneb end väärtusetuna ning kardab eemaletõukamist.

**Millise häirega on Teie hinnangul tegu?**

Posttraumaatiline stressihäire

Kompleks-posttraumaatiline stressihäire

Depressioon

Agorafoobia

Generaliseerunud ärevushäire

Sotsiaalfoobia

Muu: .....//oma vastuse lisamise võimalusega//

**Mille alusel oma otsuse langetate?**

RHK-11

RHK-10

DSM-5

Muu: ..... //oma vastuse lisamise võimalusega//

**Mida kasutate hindamisvahendina?**

EEK-2 (Emotsionaalse enesetunde küsimustik-2)

Becki depressiooniküsimustik

Kliiniline intervjuu

Otsustaksin patsiendi kaebuste põhjal

MINI või mõni muu diagnostiline intervjuu

Muu: ....

**Järjestage järgnevalt soovituslik raviplaan lähtudes oma hinnangust. Millise häirega on tegu. Valige kolm esimest, eelistatuimat valikut, kus 1 - soovitaksite esimese variandina, 2 - teise variandina, 3 - viimase variandina.**

Ei vaja ravi

Anksiolüütikumid (dasepaam, lorasepaam)

Unerohud

Antipsühhootikumid (risperidoon)

antidepressandid (sertaliin, paroksetiin, fluoksetiin, venlafaksiin)

Baasvajaduste täitmise rõhutamine (liikumine, toitumine, uni)

Kognitiivne teraapia

EMDR

Lahenduskeskne lühiteraapia

Tugivõrgustiku loomine ehk patsiendi toetamine oma suhete korrastamisel

Eneseabimeetodite õpetamine (mediteerimine, jooga jms)

Eneseabiraamatud

Pikendatud eksponeerimisteraapia

Narratiivne eksponeerimisteraapia

Grupiteraapia (kognitiiv-käitumisteraapia baasil)

Loovteraapia

Mittedirektiivne nõustamine

Sensorimotoorne teraapia

## PTSH JA K-PTSH DIAGNOOSIMINE JA RAVI

Pereteraapia

Psühhodünaamiline teraapia

Kolmefaasiline sekkumine (stabilisatsioon, traumatöötlus, rehabilitatsioon)

**Juhul, kui ravisoovitustesse kuulub psühhoteraapia, kui pikk see Teie hinnangul olema peaks?**

Mitte rohkem kui 5 seanssi

5-8 seanssi

8-12 seanssi

Rohkem kui 12 seanssi

Sõltuvalt vajadusest ja kliendi soovist

Teraapia pole vajalik

**Kui sageli seansid Teie hinnangul aset leidma peaksid?**

Vähem kui kord kuus

Kord kuus

2-3 korda kuus

Kord nädalas

Rohkem kui kord nädalas

Sõltuvalt vajadusest ja kliendi soovist

Teraapia pole vajalik

**Kui suur on Teie hinnangul antud häire puhul ravi katkemise määr?**

Kuni 30%

Kuni 50%

Rohkem kui 50%

**Mis põhjustab enim ravi katkestamist antud häire puhul?**

Patsiendi iseeneslik paranemine

Patsiendi demotiveeritus

Patsiendi kurnatus teraapiast

Nõrk terapeutiline suhe

## PTSH JA K-PTSH DIAGNOOSIMINE JA RAVI

Ei oska öelda

Muu:

**Milliseid ettepanekuid on Teil antud häire ravisoovituste osas?**

Käesolevaga kinnitan, et olen korrektselt viidanud kõigile oma töös kasutatud teiste autorite poolt loodud kirjalikele töödele, lausetele, mõtetele, ideedele või andmetele.

Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis DSpace.

Anelle Tamm